

## III. Situación epidemiológica

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se marcara como objetivo el control de la TB han ido apareciendo nuevos elementos importantes a nivel global que han dificultado la consecución de este fin, entre ellos la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y la emergencia de TB multirresistente (MDR) y extremadamente resistente (XDR). Estos elementos han sido incorporados en el Plan de Alto a la TB 2006-2015, y están incluidos en el **Plan para la prevención y control de la TB en España** tal como recomienda la OMS.

En España la vigilancia de la TB está regulada por el RD 2210/1995, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), y por el protocolo de vigilancia desarrollado posteriormente. En este se establece la declaración individualizada de los casos con un conjunto de variables, que son: edad, sexo, localización de la enfermedad, tratamiento previo, origen del caso, resultados de cultivo y baciloscopia, estatus VIH y resultados de tratamiento. Esta información se consolida de forma anual. Todo lo relativo a la vigilancia epidemiológica de la TB está contemplado dentro del **Plan para la prevención y control de la TB en España**.

A continuación se expone la situación nacional de la TB en relación a su magnitud y características epidemiológicas, así como en relación a aspectos que consideramos de interés, como son la TB pediátrica, la inmigración, la coinfección con VIH, los determinantes sociales y las resistencias al tratamiento. Para ello se han utilizado como base los datos procedentes de la vigilancia epidemiológica (RENAVE e informes de vigilancia de las comunidades autónomas (CCAA)), completándose dicha información acerca de otros factores específicos mediante una búsqueda bibliográfica.

### III.1 TB pediátrica

En España, según los datos de la RENAVE, mientras las tasas de incidencia en adultos muestran una tendencia claramente descendente los últimos cinco años, las tasas de TB pediátrica se mantienen estables con ligeras oscilaciones, siendo superiores en 2011 en relación con las del año anterior (7,8 casos/100.000 habitantes menores de 15 años en 2011 frente a 7,1 en 2010)<sup>1,6</sup>.

Algunos estudios muestran que la incidencia de infección tuberculosa fue mayor entre los niños de la clase social más baja, aunque no alcanzó significación estadística, y también se eleva con el número de personas que conviven por metro cuadrado<sup>2</sup>.

Navarra, en la evaluación del programa realizada en el año 2011, menciona que el aumento de casos y de tasas en niños puede ser debido a varios brotes y a la incorporación de técnicas más sensibles para la detección de formas de TB primaria (tomografía axial computarizada (TAC))<sup>3</sup>.

Los factores de riesgo que se han visto asociados con el desarrollo de enfermedad fueron: el país de origen, la mayor edad y la menor clase social. El factor étnico parece, también, decisivo en aquellos subgrupos provenientes de zonas de altísima endemia<sup>2</sup>.

Según datos de la Comunidad de Madrid en el 15,5% de los casos se conoce el antecedente de contacto con una persona enferma de TB, en el 69,9% el contacto es un conviviente y en el 19,4% un no conviviente<sup>4</sup>. Según los datos de Galicia, el 11,8% tienen como factor de riesgo asociado ser un contacto reciente de un caso de TB bacilífera (el 59,3% de los menores de 5 años)<sup>5</sup>.

Algunos estudios muestran que también se ha producido un aumento del porcentaje de niños inmigrantes con TB (según datos de la C. Madrid, el 31,6%<sup>4</sup>), en la mayoría de estos casos el adulto índice es un familiar no conviviente u otras personas adultas como cuidadoras<sup>7</sup>.

## III.2 Inmigración

En España, el 32% de los casos de TB declarados a la RENAVE habían nacido en un país extranjero en 2011, manteniéndose casi sin variaciones los últimos años. Este porcentaje varía mucho entre las distintas CCAA. Así, La Rioja presentaba en 2011 un 54% de casos nacidos en otros países, Cataluña y C. Madrid un 47%, mientras que Extremadura y Galicia un 5 y 6% respectivamente<sup>1</sup>.

Unos estudios realizados en algunas CCAA muestran que el porcentaje de extranjeros entre los casos de TB<sup>8</sup> ha aumentado hasta superar el 50%, o lo que es lo mismo, superando a la población autóctona. En un estudio realizado entre el 2002 y el 2004 se objetivó que la tasa de casos de TB entre población extranjera fue de 3 a 4 veces mayor que la de la población española<sup>9</sup>, cifras que también se objetivan en los in-

formas epidemiológicas del 2011 publicados por la Comunidad foral de Navarra y Cataluña<sup>3,10</sup>. Esto puede estar relacionado con las condiciones de debilitamiento (hacinamiento e insuficiente higiene) a que se somete a este grupo de población en el país receptor.

Las variables que más frecuentemente se han visto asociadas a estas poblaciones han sido: edades entre 18-30 ó 31-50 años, desempleo, convivencia grupal, resistencia a fármacos, incumplimiento del tratamiento (8,4%), tratamiento directamente observado (TDO) y pobre comprensión de la enfermedad y de su tratamiento<sup>11</sup>. Este grupo de población presenta menor frecuencia, comparada con la población nacional, de consumo de alcohol y de tabaco, de presentación pulmonar de la enfermedad, de coinfección con VIH y de ser usuario de drogas intravenosas (UDI)<sup>9</sup>. Cabe destacar que la población de asiáticos presenta una mayor proporción de formas extrapulmonares y de baciloscopias negativas<sup>12</sup>.

La enfermedad se desarrolla en los primeros cinco años desde su llegada<sup>13</sup>, con medias de tiempo desde la llegada al inicio de tratamiento que varían entre 22,4<sup>9</sup> y los 30,1 meses<sup>14</sup>. Hasta el 20% de estos casos se producen por infección exógena, asociado muy probablemente a una mayor relación social entre colectivos étnicos comunes y a condiciones epidemiológicas favorecedoras<sup>13</sup>, aunque la reactivación puede ser probablemente la causa en aquellos casos cuyo país de origen es un país de alta endemicidad de TB<sup>14,15</sup>.

Mediante estudios de biología molecular se ha señalado que la agrupación en cluster es menos probable que se produzca entre los pacientes extranjeros<sup>9</sup>, aunque la identificación de éstos podría ser menor debido a su mayor movilidad, y a rutas de transmisión más complejas.

Los porcentajes de cluster que son mixtos (españoles e inmigrantes) varían entre el 30%<sup>11</sup> y el 50%<sup>8,9</sup>. Esta proporción va en descenso, principalmente debido a un descenso del número de grandes cluster que indica que las cadenas de transmisión se paran de forma rápida<sup>16</sup>. En estos cluster, se sabe que en el 52,6% de los casos el caso índice fue un extranjero<sup>16</sup>.

En relación a la adherencia al tratamiento, ser inmigrante ha sido identificado como factor de riesgo de pobre adherencia. Los datos varían, así el grado de cumplimiento en algunos estudios no supera el 30-60%<sup>13</sup>, y en otros los porcentajes de no cumplimiento son de tan solo el 12,1% para este grupo de población<sup>17</sup>. Los principales motivos de incumplimiento que se describen son: la barrera idiomática, las diferencias culturales, la baja percepción de la enfermedad, la gran movilidad geográfica y la situación de irregularidad legal<sup>13</sup>.

### III.3 VIH

La información acerca del estatus VIH en los casos de TB declarados a la RENAVE ha mejorado sustancialmente los últimos cinco años. Así, en 2007 se conocía el estatus VIH en el 47% de los casos, y en 2011 del 68%. De éstos, el 9% eran VIH positivos, presentando una mayor proporción de formas de TB meníngeas y diseminadas que los VIH negativos<sup>1</sup>. También se observa que los casos VIH positivos se concentran entre los 25-54 años, son mayoritariamente hombres (razón hombre/mujer de 3), y presentan el mismo porcentaje de extranjeros que el total de casos (32%). El porcentaje de casos que han recibido un tratamiento previo es superior que en los VIH negativos (14% frente a 6%).

En los estudios valorados sobre TB y VIH se objetiva una mayor incidencia de hombres con edades comprendidas entre 25 y 44 años en los casos de TB coinfectados con VIH y, por el contrario, muy baja incidencia de extranjeros en dicho grupo<sup>18</sup>. Según datos de la C. Madrid, 7,9% de los casos de TB se han producido en personas infectadas por el VIH<sup>4</sup>. De éstos, el 82,4% de los pacientes coinfectados eran enfermos iniciales de TB, y el 11,8% habían padecido TB con anterioridad.

Los datos de Galicia y Cataluña muestran un porcentaje menor al de la C. Madrid, tan solo el 4,6 y 4,4%, respectivamente, de los casos presentaban coinfección con VIH<sup>5,10</sup>.

Los factores de riesgo que más frecuentemente presenta este grupo de población son el tabaquismo (65%), seguido de la precariedad social (41,7%), el alcoholismo (26,7%), el uso actual o anterior de drogas intravenosas (23,3%) y la estancia en prisión (10%)<sup>10</sup>.

### III.4 Desigualdades y TB

En varios estudios analizados se objetiva la existencia de una fuerte asociación entre privación socioeconómica y TB tanto en pacientes con y sin coinfección con VIH<sup>18,19</sup>. Además, en los casos de TB de paciente no UDI también existe una asociación con la pobreza extrema y el desempleo y no con la conflictividad social y el hacinamiento<sup>19</sup>.

## III.5 Resistencias

Los datos de resistencia global varían desde el 10,8% de Galicia<sup>5</sup>, al 14,1% de Cataluña<sup>10</sup> (otros datos: Comunidad Valenciana el 13,3%<sup>20</sup> y C. Madrid el 13,6%<sup>4</sup>). En cuanto a la proporción de cepas MDR, los datos de C. Valenciana mencionan que la proporción global es del 1,1%<sup>20</sup>, la Comunidad foral de Navarra un 1,3%<sup>3</sup> y Cataluña un 1,6%<sup>10</sup>.

Y al valorar los porcentajes de resistencia primaria, según C. Valenciana, este porcentaje asciende al 13,9% y el porcentaje de TB-MDR al 0,5%<sup>20</sup>. Según datos de Galicia, del 4,2% de las cepas presentaron resistencia primaria a isoniazida, y desglosando este dato el 2,5% eran mono-resistentes, el 1,2% polirresistentes y el 0,5% MDR<sup>5</sup>.

Teniendo en cuenta el lugar de nacimiento de los casos, según datos de la C. Madrid, el porcentaje de casos con resistencia global a algún fármaco fue de 16,7% entre las personas nacidas fuera de España y de 10,7% entre las nacidas en España<sup>4</sup>. Este patrón también se observa en relación a la prevalencia de multirresistencia global, según datos de Cataluña, con un 1,4% en la población inmigrante frente al 0,6% en la población autóctona<sup>10</sup>.